FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

N° 278

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Monique DEVOIZE née CONSTANCEAU

le 5 janvier 1937 à Vitry-s./Seine (94)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

A PROPOS DE 47 CAS DE GLAUCOMES CHRONIQUES SIMPLES TRAITES PAR IRIDENCLEISIS

Président : M. BREGEAT, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Monique DEVOIZE née CONSTANCEAU

le 5 janvier 1937 à Vitry-s./Seine (94)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

A PROPOS DE 47 CAS DE GLAUCOMES CHRONIQUES SIMPLES TRAITES PAR IRIDENCLEISIS

Président : M. BREGEAT, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.) ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) **Professeurs titulaires :**

		MM.
Clinique carcinologique		DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM
Anatomie pathologique	GOUYSOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)

	MM.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

A mon Epoux.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544317_0035

A Notre Maître, Monsieur le Docteur P. BREGEAT,

Professeur de Clinique Ophtalmologique
de la Faculté de Médecine de Paris

Ophtalmologiste des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse, et honoré de
ses conseils.

En modeste témoignage de notre
respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

Notre propos n'est pas de comparer les résultats de l'Iridencléisis à ceux obtenus avec d'autres techniques chirurgicales. Il n'est pas non plus d'énoncer des règles en matière de chirurgie du glaucome. Nous étudierons simplement les résultats de 47 cas d'Iridencléisis pratiqués au cours du glaucome chronique simple, selon la même méthode, par le même opérateur. Pour cela, après avoir dressé un rapide tableau de l'historique de l'Iridencléisis, nous décrirons la technique utilisée, puis nous étudierons ces 47 cas en analysant, à propos de chacun d'eux, l'évolution de l'acuité visuelle, du champ visuel, de la tension oculaire, et de l'aspect de la papille. Nous grouperons ensuite les résultats obtenus dans un tableau. Enfin nous étudierons les variations de chacun des paramètres cités ci-dessus : acuité visuelle, champ visuel, tension oculaire, aspect de la papille pour l'ensemble de ces 47 cas d'Iridencléisis.

H I S T O R I Q U E

C'est vers le milieu du XIXème siècle que DE GRAEFE découvrit l'action hypotonisante de l'iridectomie et inaugura le traitement chirurgical du glaucome. Mais, si les résultats furent brillants dans le glaucome aigu, dans le glaucome chronique simple, les mécomptes furent habituels.

Vers I870, DE WECKER persuadé que c'étaient les propriétés filtrantes de la cicatrice scléro-cornéenne et non l'excision irienne qui constituaient l'élément actif du traitement chirurgical, substitua la sclérotomie antérieure à l'iridectomie. Cette opération ne tarda pas à être abandonnée. Son auteur lui-même en I90I ne la conseillait plus que comme préparation à l'iridectomie. La sympathectomie n'ayant donné que des résultats passagers, la cyclodialyse n'ayant pas encore fait ses preuves, c'est l'iridectomie qui resta jusqu'au début du siècle l'opération de choix.

Cependant, dès I858, G. CRITCHETT suggérait l'idée de l'intervention qui sera plus tard l'Iridencléisis. Une ponction au limbe lui permettait d'attirer avec une pince l'iris sur lequel il plaçait et nouait une boucle de soie. Une nécrose de la portion d'iris ligaturé s'ensuivait avec une filtration.

En I859,COCCIUS préconisait d'inclure au cours de l'iridectomie une petite partie de l'iris dans la brèche.

En I88I, BADER provoquait un prolapsus de l'iris pour traiter les hypertonies.

Puis PARINAUD (I90I) bientôt suivi par HERBERT (I903) insistèrent sur le rôle favorable d'une inclusion de l'iris dans une plaie de sclérectomie ou d'iridectomie.

Enfin, en I905-I906, HOLTH décrit l'opération "Iridencléisis antiglaucomatosa".

Dès I893, HOLTH remarque que certaines iridectomies antiglaucomateuses donnent un résultat meilleur que d'autres, et il note que la région cicatricielle présente un aspect un peu particulier : la conjonctive à l'une ou au deux extrémités de la ligne d'incision forme souvent une légère bulle, parfois un petit bouton oedémateux ou un léger oedème diffus. La cause de ces cicatrices dites "filtrantes" ou "cistoïdes" est due à un léger enclavement de l'iris. Voici ce qu'écrit HOLTH à propos de l'observation qui attira son attention sur ce fait :

"... J'ai pratiqué le 13 février I893 chez une malade de 68 ans une iridectomie large, périphérique, avec incision de 10 mm et lambeau conjonctival de 2 mm sur l'oeil gauche atteint de glaucome chronique après traitement par les myotiques resté sans résultat. L'oeil droit était normal. La malade très indocile arracha son pansement trois fois dans la première semaine et découvrit chaque fois la chambre antérieure. Il s'en suivit un léger enclavement dans les deux angles de la plaie. La pupille fut légèrement déformée et il se forma deux synéchies sur le bord pupillaire inférieur. A la loupe on constatait enfin sur la capsuloïde antérieure un léger dépôt pigmentaire qui disparut par la suite. Il se forma une bulle conjonctivale au-dessus de chacun des points enclavés. L'acuité resta ce qu'elle était avant l'opération : 6/18ème, et le champ visuel ne changea pas pendant les premiers mois. J'ai revu la malade le I7 Juin I898 : l'acuité de l'oeil opéré était alors de 5/12ème, le champ visuel n'avait pas changé sauf une légère augmentation dans le quadrant nasal inférieur, la tension n'avait pas augmenté. L'oeil droit, normal, a une acuité de 5/6ème et une tension normale. Le 3 décembre I905, la malade âgée de 88 ans a perdu ses facultés et ne permet qu'un examen incomplet. Je fais cepen-

dant les constatations suivantes : l'oeil opéré a une tension normale, le champ visuel ne me paraît pas modifié, la malade lit sans lunettes, les caractères de journaux (sa réfraction est égale à -2 avec un peu d'astigmatisme; l'oeil droit est dur, le champ visuel nasal normal; V = compte les doigts)... "

L'auteur observe plusieurs cas analogues par la suite et : En I904, sur un glaucome absolu, il pratique pour la première fois un enclavement volontaire de l'iris. Cet enclavement sera pratiqué systématiquement dans 11 cas de glaucomes absolus, 28 cas de glaucomes chroniques simples, 1 cas de glaucome subaigu (après la crise), 1 cas d'uvéite hypertensive.

La technique de HOLTH était alors la suivante :

1°) Soit incision sous-conjonctivale au couteau : on pique la conjonctive à 5 mm du limbe en la repoussant de manière à pénétrer à 1 mm à peine de la cornée. On procède de même pour la contre ponction en ayant soin de ne ressortir dans la conjonctive qu'à 5 mm du limbe. On pratique une incision de I0 mm, et en retournant le tranchant du couteau en AR, on détermine un lambeau conjonctival de 5 mm.

2°) Soit incision sous conjonctivale à la lance : après avoir attiré le globe vers le bas à l'aide d'une pince fixatrice, on pique la conjonctive à 8-I0 mm du limbe en regard du méridien de XII heures. En décollant on amène le repli conjonctival à 1 mm à peine du bord de la cornée. En ponctionnant la chambre antérieure on fait une incision de 6 mm en évitant, en ressortant, d'agrandir l'incision scléro-cornéenne. On récline ensuite la conjonctive au moyen d'un écarteur constitué par un double crochet mousse. On introduit alors une pince fermée ou un crochet dans la chambre antérieure et on saisit l'iris que l'on attire dans la plaie. On pratique alors dans cette hernie irienne une incision radiaire aux ciseaux de WECKER et on enclave les lambeaux obtenus dans les angles de la plaie. On termine en rabattant le lambeau conjonctival.

HOLTH terminait sa publication en écrivant : "... Je ne pense pas que mes opérations soient indiquées dans l'attaque du glaucome aigu ou pendant les prodromes avec chambre antérieure très réduite. Il faut essayer de juguler la crise par les

myotiques; s'ils sont sans effet, faire la simple iridectomie, et si l'on n'obtient aucun résultat, on fera un enclavement irien. Dans les uvéites chroniques avec hypertension, il est prudent de ne pas opérer avant la fin des phénomènes inflammatoires. Dans le glaucome chronique au début : traitement médical par myotiques. S'il est insuffisant, il est logique de recourir à l'enclavement irien...."

En 1907, F. LAGRANGE écrivait, concernant l'opération de HOLTH : "... Nous dirons simplement que le seul moyen connu jusqu'ici d'obtenir dans les cas de glaucome chronique simple une vraie, une définitive cicatrice filtrante consiste à enclaver l'iris dans la plaie sclérale. Mais cet enclavement peut avoir de grands inconvénients. Outre les défauts notés par HOLTH (défaut de formation de la chambre antérieure et un certain degré d'irritation irienne), on peut redouter beaucoup plus que cela : l'enclavement irien lui-même dans la plaie sclérale considéré comme l'une des grandes complications dans les opérations de cataracte..." LAGRANGE voulait certainement évoquer plus particulièrement les dangers d'infection secondaire et d'ophtalmie sympathique.

En 1931, L. WECKERS écrivait :"... A la suite de HOLTH, différents auteurs SCHIOTZ, IKONOPOULOS, PILAT, GJESSING, HAROLD ont relaté des résultats favorables obtenus dans le glaucome au moyen de l'enclavement irien. DENIG signale que HOLTH a eu des précurseurs : BADER, HERBERT, TREACHENS, COLLINS, CRITCHET. C'est bien à HOLTH cependant que paraît revenir le principal mérite d'avoir mis en évidence le parti à tirer de l'enclavement irien dans le glaucome..."

La même année, L. WECKERS et R. HUBIN écrivaient : "... Nous avons pratiqué l'enclavelent de l'iris dans une cinquantaine de cas de glaucome. Dans le glaucome aigu et dans le glaucome chronique d'une façon globale les résultats immédiats de l'enclavement irien sont les mêmes que ceux d'une iridectomie pratiquée dans un glaucome aigu ou ceux d'une irido-sclérectomie pratiquée dans un glaucome chronique, lorsque ces deux dernières interventions ont réussi à normaliser la tension de l'oeil glaucomateux. Mais l'enclavement est une opération plus hypotonisante que les autres. Elle réussit plus souvent que les autres à ramener à une tension normale un oeil fortement hypertendu. Elle aboutit même d'ordinaire à abaisser cette tension en dessous de la normale et ceci d'une façon durable.

Nous reconnaissons volontiers que nos observations doivent encore être amplifiées et prolongées, mais nous n'avons constaté jusqu'à présent aucun fait démontrant que l'hypotonie persistante provoquée par l'enclavement irien fut néfaste ou même simplement nocive pour l'oeil glaucomateux...."

Dix sept ans plus tard, en I948, L. WECKERS écrivait : "... Nous avons dans diverses publications dont la première remonte à I93I, soutenu cette opinion que l'enclavement irien pratiqué suivant une technique que nous avons décrite constitue le traumatisme chirurgical le plus efficace de tous dans le traitement du glucome. L'Iridencléisis doit occuper la première place parmi les opérations antiglaucomateuses. Elle est indiquée dans toutes les formes de glaucome. Plus nos observations se multiplient et se prolongent, plus nous avons la confirmation que l'enclavement irien est actuellement l'opération à la fois la moins mutilante et la plus hypotonisante...".

LES TECHNIQUES

Le nombre des variantes techniques opératoires de l'Iridencléisis est considérable. Nous décrirons les principales techniques. Toutefois nous ne reviendrons pas sur la technique primitive de HOLTH décrite au cours de l'historique.

I - LA TECHNIQUE DE WECKERS :

Dans cette technique, l'akinésie du droit supérieur est remplacée par une injection sous la conjonctive du cul-de-sac supérieur de quelques gouttes de novocaïne à 2 % sans adrénaline. On évite d'infiltrer la conjonctive bulbaire dans le voisinage du limbe ce qui nuirait à la taille d'un lambeau suffisamment épais. On dissèque en effet aux ciseaux un lambeau conjonctival épais, facile à rabattre sur la cornée. L'incision sclérale est tracée juste dans le limbe au couteau de DE GRAEFE ou avec un couteau coudé. La sclère est ensuite ouverte d'un seul coup d'archet du couteau. L'ouverture brusque du globe fait jaillir hors de la plaie l'humeur aqueuse et l'iris. L'issue soudaine de l'humeur aqueuse et la sortie de l'iris sont pour les auteurs un point de technique très important. La bulle d'iris qui apparaît dans l'incision est alors prise à son sommet par deux pinces à iris dont l'écartement horizontal sépare l'iris en deux fragments qui restent écartés aux deux extrémités de l'incision sclérale. La suture du lambeau conjonctival, une instillation d'antibiotique achèvent l'opération. L'atropine est instillée une fois reformée la chambre antérieure.

II - LA TECHNIQUE DE SOURDILLE :

La conjonctive est incisée à 8 mm du limbe parallèlement à lui et assez loin sur les côtés. On fait une bonne dissection de l'épisclère jusqu'au limbe ; une hémostase soigneuse est faite par cautérisation légère. La sclérotique est alors incisée avec une lame mince Gilette ou Parker.

L'incision, longue de 6 à 7 mm, sera faite horizontalement à 1 mm - 1,5 mm au-dessus du limbe apparent (donc au niveau du sommet de l'angle). Elle doit être faite perpendiculairement à la sclère. On coupe les 3/2 de l'épaisseur de la sclère sur toute la longueur de l'incision puis on ponctionne prudemment l'une des extrémités de l'incision jusqu'à l'apparition d'une bulle noire qui est la racine de l'iris. Sauf de très rares exceptions (synéchies pupillaires, atrophie de l'iris) le prolapsus irien est spontané. A ce moment, l'incision sera arrêtée pendant 30 ou 40 secondes pour permettre à l'humeur aqueuse de filtrer très lentement. La décompression doit être d'autant plus lente que le tonus est plus élevé et les vaisseaux iriens plus dilatés.

Lorsque le globe aura été détendu, on agrandira l'incision jusqu'à sa longueur définitive.

L'enclavement : lorsque progressivement l'iris aura occupé toute la longueur de l'incision, on sortira prudemment le bord pupillaire. On l'incisera de bas en haut sur la hauteur du sphincter, sans couper la base même de l'iris qui devra rester enclavée sur toute la longueur de l'incision.

La partie inférieure du bord pupillaire reprendra alors sa place mais la section du sphincter empêchera la partie supérieure de l'iris de rentrer dans la chambre antérieure.

Sutures : le lambeau conjonctival est reposé et suturé par un surjet de soie à extrémité libre.

III - LA TECHNIQUE DE STALLARD :

Après anesthésie classique semblable à celle de WECKERS et l'obtention d'un myosis maximum :

Une incision conjonctivale est faite à 8 mm au-dessus du limbe et concentrique à lui sur 15 à 20 mm.

Le lambeau conjonctival est disséqué aux ciseaux jusqu'au limbe et récliné sur la cornée. On cautérise alors les vaisseaux superficiels.

L'incision sclérale : de 5 mm de long, au couteau ou à la lame PARKER est faite 2 mm au-dessus du limbe jusqu'à la supra-choroïde.

La spatule a cyclodialyse est alors introduite par cet orifice dans la chambre antérieure décollant le corps ciliaire et vidant lentement l'humeur aqueuse. L'ayant retirée, à l'aide des ciseaux, on pratique deux traits de refend (un à chaque extrémité de l'incision) vers le limbe, légèrement convergente.

On introduit alors une pince à iris, courbe, sans dent et fermée dans la chambre antérieure.

L'iris est saisi 2 mm au-dessus de la pupille, et attiré au dehors jusqu'à la pupille; une mouchoture de l'iris est faite aux ciseaux ou au couteau au-dessous de la pince et une languette d'iris triangulaire dont le sommet est représenté par la pince et la base par la racine de l'iris est coupée de deux coups de ciseaux ou au couteau. Cette languette est éversée et enclavée entre les lèvres de la brêche sclérale.

L'iris est alors massé à travers la cornée et la pupille ramenée au centre.

Ultérieurement, STALLARD a préconisé d'associer une petite sclérectomie médiane de la lèvre antérieure de la brêche sclérale.

La suture de la conjonctive par surjet non noué et une injection d'air sous le lambeau termine l'intervention.

IV - LES AUTRES VARIANTES :

Beaucoup ne diffèrent des précédentes que :

- par la place de l'incision par rapport au limbe (incision très postérieure pour MAGGIORE et BUTLER, très antérieure pour LUNDSGAARD);
ou l'instrument avec lequel on la pratique (la pique est oblique pour MAGGIORE et LOPES DE ANDRADE).

- par le nombre des piliers incarcérés (un seul pour GOAR-SCHLUTZ, un seul pour DENIG, mais plusieurs fois enroulé sur lui-même pour augmenter sa saillie).

- par la section irienne (à une extrémité de la sclérectomie pour STOUTENBOROUGH; iridotomie oblique à 45° par rapport à la plaie sclérale, sur la moitié de la hauteur de l'iris et formation d'une languette triangulaire que l'on éverse pour l'enclaver à l'autre extrémité de l'incision sclérale après arrachement de sa base : DOCENT, DJORDJE, LUKIC, EVANS).

LA TECHNIQUE UTILISEE pour les observations que nous rapportons est la suivante :

- pour l'anesthésie on peut se contenter de l'anesthésie locale habituelle : injection rétro-bulbaire de 2 cm^3 d'une solution anesthésique comme novocaïne ou xylocaïne à 2 %.

En fait, si l'on désire le confort pour l'opéré et pour l'opérateur, il est nettement préférable de pratiquer une"anesthésie potentialisée" réalisée comme suit:

- la veille : prémédication à base de barbituriques et surtout de tranquillisants.
- le matin : injection préopératoire de :
  - Prométhazine
  - Péthidine
  - Diéthazine

L'association des trois entraînant narcose, action histaminique, action analgésique sans dépression respiratoire et vagolytique. Il reste alors à induire une anesthésie légère qui, sous couvert d'une injection rétrobulbaire, permet de mener à bien l'intervention.

Le réveil s'effectue calmement, sans vomissements, et le fait de ne pas avoir pratiqué d'intubation trachéale évite toute poussée oculaire au moment de l'extubation.

D'autre part, il est certain que l'anesthésie générale, en diminuant la tension oculaire, facilite l'intervention en particulier au moment de l'ouverture du globe.

- On incise la conjonctive à 8 mm du limbe, parallèlement à lui et assez loin sur les côtés.

On pratique une bonne dissection de l'épisclère jusqu'au limbe aux ciseaux et au scarificateur de DESMARRES. On fait une hémostase soigneuse par cautérisations légères à l'aide d'un crochet à strabisme chauffé à la flamme d'une lampe à alcool. La sclère, bien mise à nu et exsangue, est alors incisée au scarificateur de DESMARRES. L'incision, longue de 6 à 7 mm, est pratiquée horizontalement à la limite supérieure du limbe apparent.

Le scarificateur est maintenu bien perpendiculairement à la sclère. Celle-ci ouverte au milieu de l'incision, l'humeur aqueuse s'écoule très lentement. Lorsque le globe est détendu, on agrandit l'incision à chaque extrémité jusqu'à sa longueur définitive en redressant presque verticalement le tranchant du scarificateur de DESMARRES. On saisit alors l'iris à l'aide de deux pinces à iris et on le déchire en écartant latéralement (on prend bien garde de ne pas tirer sur l'iris vers le haut pour ne pas entraîner d'ascension pupillaire). Les deux lambeaux obtenus sont enclavés chacun à une extrémité de l'incision. Le lambeau conjonctival est reposé et suturé par un surjet de soie "à la grecque" à l'extrémité libre. On termine par une injection, sous le lambeau, et dans la chambre antérieure d'un mélange : corticoïde (Soludécadron) antibiotique (Tifomycine) associée à une injection sous-conjonctivale de corticoïde (Dectancyl). Enfin, on instille un collyre à l'atropine.

NOUS PASSERONS MAINTENANT EN REVUE NOS 47 CAS D'IRIDENCLEISIS

- M... Marcel : 79 ans

Met de la Pilocarpine 2 % ODG, 3 fois par jour depuis 3 ans.
Cataracte sénile ODG
Ulcère marginal récent OG
OD = (0 + 0,50) + 2 = 0,3 f
OG = (0 + 1) + 4 = 0,5 f
CV : ODG : péiphérie normale
FO : papilles normales
TOD : 20)
TOG : 50) malgré Pilocarpine

Iridencléisis bilatéral le 22.10.1964

OD : chambre antérieure plate
décollement choroïdien supéro-nasal
Examen biomicroscopique :
plis de la descemet
Tyndall net
La cataracte a augmenté
Filtration
OD faible
OG bonne
TODG : normale

- Deux mois après l'intervention :

OD = 0,1
OG = 0,3 f } avec la même correction

CV : normal
TO : normale
Filtration : idem
La cataracte augmente
Extraction totale OD le 30 Avril I965
Extraction totale OG le 10 novembre I965

- Le 14.12.I965 :

OD : (0° + 2) + 11 = 0,6 f
de près : (0 + 2) + 15 = P_4

OG : (20° + 3)+ 11 = 1
de près : (20° + 3) + 14 = P_2

CV : toujours normal
TO : normale.

- F... Albertine : 70 ans.
Met de la Pilocarpine à 2 % de façon intermittente depuis 4 ans.
OD = (135° + 1,50) + 1 = 1 f
OG = (135° + 1,50) + 0,50 = 0,3
CV = périphérie normale
FO = légère excavation papillaire ODG
TOD = 30
TOG = 45

- Iridencléisis OG le I9.3.1964
suites opératoires normales
- Le 15.10.I965
Filtration assez faible

OG : (75° - 1,50) = 0,7 f

CV toujours normal

TOG = IO

La tension de l'oeil droit a été maintenue entre I8 et 20 par 4 instillations quotidiennes de Pilocarpine à 2 %.

- T... Eugénie : 72 ans

Malade suivie pour glaucome bilatéral

Traitée par Pilocarpine à 2 % instillée 4 fois par jour.

Sous traitement :

TOD = 24 à 26

TOG = 26

ODG = 1

CV = normal

Examen biomicroscopique :

Poussières de pigments sur la face postérieure de la cornée.

Synéchies irido-cristalliennes avec pignent sur la cristalloïde antérieure mais pas de notion d'iritis.

FO = papilles normales.

- Iridencleisis OG le 19.6.I963

Suites opératoires : la C.A. se reforme au 3è jour
filtration moyenne
pas de réaction irienne
TO < à la normale
OG + TS = 0,4

La tension de l'OD oscille entre 24 et 30

L'acuité tombe à 0,6

Le CV est normal

Le FO est normal.

- Iridencléisis OD le 6.1.1965

Suites opératoires : La C.A. se reforme le lendemain.
bonne filtration
pas de réaction irienne.

TO < à la normale.

- Actuellement : OD = 0,9
  OG = 0,6
  CV = normal
  OD = filtration moyenne
  OG = bonne filtration
  TOD = 21
  TOG = 18
  FO = papilles normales.

- D... Marie : 57 ans

Traitée depuis I960 par instillations régulières de collyre à la pilocarpine.

Antécédents de choriorétinite maculaire OD.

OD = (120 + 0,50) + 1 = 0,2

OG = (105 + 0,50) = 1

CV = OD : rétrecissement nasal.

OG : normal

FOD = papille pâle et excavée

FOG = papille un peu pâle et excavée

TOD = 17

TOG = 27

- Iridencléisis OG le 22.10.I964

Suites opératoires normales

Actuellement :

(165 - 0,50) = 1

CV = normal

bonne filtration

TO = normale.

- R... Edmond : 69 ans

Glaucomateux, traité depuisb6 ans par collyre Pilocarpine 2 % et Diamox.

OD : 75 - 1,50 = 0,6 à 0,7

OG : - 2 = 0,8

CV = normal

FO = papilles un peu pâles

TO = 22

- Iridencléisis ODG le 9.7.I964

Actuellement :

Bonne filtration, plus importante à gauche.

TO = normale

OD = 75 - 1,50 = 0,8

OG = - 2 = 0,8

CV = normaux

- M... Maxette : 50 ans

Glaucome traité depuis 3 ans par 4 instillations quotidiennes de pilocarpine à 2 %.

ODG : - 12 = 0,1

CV : ODG = Rétrecissement nasal important affleurant le point de fixation.

FO : papilles excavées

TOD = 21

TOG = 26

- Iridencléisis ODG le 4.7.I963

Actuellement :

filtre parfaitement

acuité visuelle identique

CV identique

TODG = 18

FODG = identiques

- J... Emile : 55 ans

Mère et soeur opérées de glaucome

Traité lui-même par 3 instillations quotidiennes de collyre à la Pilocarpine à 2 % et une instillation le soir de collyre Esérine huileux.

OD = 90° + 0,50 = 1 f

OG = 1

CV = OD : rétrécissement inféro-nasal

OG : normal

FOD : papille excavée et pâle

FOG : papille excavée avec lame criblée nettement visible

TOD = 26)
TOG = 24) 5 heures après pilocarpine

- Iridencléisis OD le 23.3.1963

Filtre parfaitement

Bonne chambre antérieure

Malgré les instillations de Pilocarpine, la tension de l'O.G. s'élève de façon intermittente à 30; aussi on pratique le 5.12.1963 un Iridencléisis à l'O.G. qui filtre parfaitement.

- Actuellement :

bonne filtration ODG

OD = 0,9

OG = 1 f

CV = identique

FO = même aspect des papilles

TODG = 18

C... Odette : 49 ans

Antécédents d'uvéite ODG
OD $\leq$ 0,1 NA
OG = (10° - 0,50) = 2;50 = 0;8 f
CV = OD (2/1 = non vu
(3/1 = exclusion de la tache
(4/1 = encoche centrale

CV = OG : normal

Au biomicroscope :

OD : cataracte en cupule postérieure avec chatoiement polychrone, type cataracte "compliquée"

FOD : foyer de choroïdite pigmentée cicatrisée, inférotemporal par rapport à la papille.

FOG : foyer d'aspect identique dans le secteur temporal.

Aux deux yeux : papilles un peu excavées.

TODG = 30

On institue un traitement par collyre Pilocarpine à 2 % et Néosynéphrine à 2 % associés à du Diamox per os.

Malgré le traitement, la tension reste supérieure à 23.

- Iridencléisis OD le 25.4.I963

Filtration parfaite

TO : normale

La tension de l'OG s'élève par poussées, tandis que la papille s'excave.

- Iridencléisis OG le 13.6.I963

Filtre parfaitement

TO, un peu en-dessous de la normale

Le cristallin de l'OG s'opacifie très progressivement, tandis que la cataracte de l'OD augmente.

- A la fin I964, l'acuité de l'OG est inférieure à 3/10. Cependant la tension et le champ visuel restent normaux.
- Extraction totale du cristallin OD le I0.I2.I964, sans incident.
- Le 26.1.I965 :

OD : (140° + 3) + 5 = 0,7 f

de près (140° + 3) + 9 = P_4

CV : identique

Bonne filtration

FO : l'existence de fines lésions maculaires explique l'acuité.

- Extraction totale du cristallin OG le 30.4.I965, sans incident.
- Actuellement : fistule un peu aplatie à gauche.

OD = (145° + 3) + 5 = 0,4

OG = (145° + 2) + 9 = 0,7

CV = identique

TO = normale

- S... Emile, 63 ans

Glauconateux traité par instillation de collyre Pilocarpine à 2 %

OG : amblyope congénital

OD : (0 + 0,50) + 1,50 = 0,5

OG (myope de IO dioptries) < 0,I non améliorable

CV : normal

Au biomicroscope : sclérose cristalline accentuée bilatérale
angle étroit

FO : papilles un peu excavées

TOD = 35, 4 heures après pilocarpine

TOG = 18

- Iridencléisis OD le 20.6.I962

Suites opératoires : décollement choroïdien

Filtre bien

TO : un peu en-dessous de la normale

La cataracte de l'OD augmente progressivement. En deux ans, l'acuité visuelle tombe à 1/10.

- Extraction totale du cristallin de l'OD le 30.1.I964, sans incident.

- Actuellement :

OD : (100°+ 2,50 + I3)= 0,50

Près (100° + 2,50) + I7 = P_3

CV : normal

filtration moyenne

TO : normale.

- A... Maurice : 68 ans

Antécédents : prostatectomie il y a 6 mois suivie d'un trouble visuel de l'OD.

OD = (0° + 0,50) + 0,50 = 0,7 f

OG = (0° + 0,50) + 1 = 1

CV = OD : exclusion de la tache au 3/1

OG : normal

FOD = papille un peu pâle, excavée

FOG = papille normale

TOD = 30

TOG = 24

- Iridencléisis OD le 16.5.1963

Suites opératoires : décollement choroïdien

Filtre bien

- Actuellement :

OD : 0° + 0,50 = 0,5 f

CV = identique

FO = même aspect

filtre bien

TO = normale

La tension de l'oeil gauche s'est maintenue à 20 après instillations biquotidiennes de collyre Pilocarpine à 2 %.

- A... Madeleine : 50 ans

Gaucome traité depuis 1 an par des instillations de collyre à la Pilocarpine à 2 %.

OD - 5 = 0,6 f

OG - 7 = 0,2 à 0,3

CV = OD normal

OG : exclusion de la tache au 3/1

FO : normal

TOD = 23

TOG = 29

- Iridencléisis OG le 13.6.1963

Suites opératoires normales

Bonne filtration

- Malgré la Pilocarpine, la tension à droite ne se maintient pas, et on pratique de ce côté un Iridencléisis le 23.4.1964

Les suites opératoires sont normales

- Actuellement :

OD - 5 = 0,9 f

OG - 7 = 0,4 f

CV = identique

FO = normaux

Filtre parfaitement

TODG = normales.

- L... Germaine : 60 ans

Glaucome chronique simple chez une myope suivie depuis 4 ans. Il a déjà été pratiqué à l'OD un Iridencléisis avec bon résultat

OD : - 5 = 0,2 f

OG : - 6 = 0,7 à 0,8

CV : scotome de BJERRUM bilatéral.

FOD : papille excavée et un peu pâle

FOG : papille à peine excavée

TODG : 20 (8 heures après instillation d'un collyre à la Pilocarpine à 2 %)

- Iridencléisis OG le 25.4.1963

Suites opératoires normales.

- Actuellement :

Bonne filtration

OD : même acuité

OG : - 6 = 0,8

CV : identique

FO : aspect identique

TO : normale

- G... Maurice : 62 ans

Baisse de l'acuité visuelle de l'O.G. depuis 5 ou 6 mois.

On a diagnostiqué un glaucome et institué un traitement par la Pilocarpine à 2 %.

OD = (0° + 0,50) + 1 = 1 f

OG = 0,50 f non améliorable

CV = OD : normal

OG : rétrécissement nasal.

FOD : début d'excavation

FOG : papille pâle, excavée

TOD = 20)
TOG = 44) (1 heure après Pilocarpine)

- Iridencléisis OG le 17.10.1963

Suites opératoires normales.

OD : la tension oculaire a été maintenue à 18 par instillations biquotidiennes de collyre à la Pilocarpine à 2 %.

OG : 0,6

CV : identique

FO : même aspect

TOG : 12

- F... Alice : 58 ans

Traitée depuis plusieurs années par 4 instillations quotidiennes de collyre à la Pilocarpine à 2 %.

OD = (90° - 0,50) - 2,50 = 0,4 f

OG = (150° - 0,50) - 2 = 0,3

CV = normal

Au biomicroscope : cataracte bilatérale corticale, antérieure et postérieure.

L'angle est étroit mais ouvert.

TOD : 27

TOG : 30

FO : papilles excavées.

- Iridencléisis ODG le I5.11.I963

Suites opératoires normales.

- Actuellement : bonnes filtration

OD = (90° - 0,50) - 2,50 = 0,3

OG = (150° - 0,50) - 2 = 0,3

CV = normal

Au biomicroscope, la cataracte a augmenté

TODG = normales.

- B... Claire : 65 ans

Traitée depuis I an I/2 par des instillations de Pilocarpine à 3 % associée à de la Daranide.

OD = 1 f

OG = amblyope fonctionnel

$< 0,1$

CV = raquette temporale OG

FO = les papilles sont pâles et excavées, surtout à gauche.

TOD = 24

TOG = 26

- Iridencléisis ODG le 15.11.I963

Suites opératoires normales.

- Actuellement :

bonne filtration

OD = 30° + 1 = 0,9

CV = identique

TO = normale.

- C... Henri : 63 ans

Traité par des instillations de collyre à la Pilocarpine à 3 % depuis 6 ans.

OD = 0,3 N.A.

OG = compte les doigts à 1 mètre

CV = OD : amputation supéro-nasale affleurant le point de fixation.

OG : rétrécissement nasal affleurant le point de fixation.

FO = papilles pâles, atrophiques, excavées

TODG = 31

- Iridencléisis OG : le I9.II.I963
- Iridencléisis OD : le 26.11.I963
- Actuellement :

très bonne filtration

OD = 0,3

OG = compte les doigts à 1 mètre

CV = nettement amélioré

TODG = 10

- L... Annonciade : 67 ans

Baisse de l'acuité visuelle depuis 6 mois.

OD : (110° - 1,50) + 1 = 0,3

OG <0,1

CV = OD = amputation inféro-nasale

OG = présent seulement dans le secteur temporal.

Au biomicroscope : OD = cataracte sénile en évolution

OG = cicatrice de kératite de l'enfance, cataracte très évoluée.

FO = papilles pâles et excavées

OG = dégénérescence maculaire

TOD = 53

TOG = 43

- Iridencléisis ODG le 19.11.1963
- Actuellement :

OD : filtration moyenne

OG : très bonne filtration

OD = (60° - 2) + 1 = 0,3

OV = identique

TODG = normales

- T... Germaine : 71 ans

Antécédents familiaux : 2 soeurx atteintes de glaucome.

Antécédents personnels : Iritis ancienne OG.

OD = (90° + 0,50) - 0,50 = 0,3 f

OG = - 0,50 = 0,6 f

CV = OD : important scotome de BJERRUM

OG : pratiquement normal

Au biomicroscope : cataracte sénile corticale bilatérale

A gauche : pigments sur la cristalloïde, séquelles d'Iritis

FO = papilles pâles, un peu excavées

TOD = 40

TOG = 30

- Iridencléisis bilatéral le 13.7.1965

- Actuellement :

Très bonne filtration OD

Filtration moyenne OG

Acuité et champ visuel sans changement

FO : même aspect

TO : normale

- J... Paul : 62 ans

Baisse progressive de l'acuité visuelle depuis quelques années.

OD = 0,3

OG = + 0,50 = 0,8 f

CV = OD : déficit supéro-nasal

OG : normal

FO = papilles pâles et excavées surtout à droite.

TOD = 38

TOG = 29

- Iridencléisis ODG le 6.5.1965

Dans les suites opératoires, décollement choroïdien à droite.

Le décollement choroïdien se résorbe en 4 semaines, mais il persiste un oedème du pôle postérieur.

L'acuité visuelle de l'oeil droit diminue et tombe à 1/10ème.

L'acuité de l'oeil gauche reste la même.

La tension est nettement en-dessous de la normale à droite, normale à gauche.

En quelques mois, se développe une cataracte à l'oeil droit.

- Actuellement :

  bonne filtration des deux côtés

  OD $< 0,1$

  OG $= 0 + 0,50 = 0,8$ f

  FOG : identique

  TO : normale des deux côtés.

- P... Berthe : 59 ans

Traitée depuis 2 ans par des instillations de collyre à la Pilocarpine et Mintacol.

Poussée à 75 après instillation par erreur d'atropine.

OD $= (80° + 0,50) + 1,50 = 1$

OG $= (90° + 0,75) + 1 = V1$

CV = exclusion bilatérale de la tache

FO = papilles légèrement excavées surtout à droite

TOD = 20

TOG = 19 deux heures après Pilocarpine.

Malgré les instillations de Pilocarpine, la tension oculaire s'élève à plus de 23 à droite.

- Iridencléisis OD le 12.7.1964

Suites opératoires normales

- Actuellement :

  Filtration moyenne

  acuité visuelle et champ visuel identique

  FO : même aspect

  TO : normale.

- R... René : 74 ans

A l'occasion d'un examen de la réfraction, on découvre un glaucome de l'oeil gauche.

OD = + 0,75 = 1

OG = + 0,50 = 0,2 f

CV = OD : normal

OG : rétrecissement supéro-nasal

FOD = papille normale

FOG = papille pâle, un peu excavée.

TOD = 17

TOG = 26

L'évolution est rapide

L'acuité devient inférieure à 0,1 avec irruption d'un scotome central dans le secteur supéro-nasal amputé.

- Iridencléisis OG le 29.10.1964

Suites opératoires : décollement choroïdien qui régresse bien.

- Actuellement :

Filtration parfaite

OG = 25 + 1 = 0,2 f

CV = très amélioré

TO = normale

FO = aspect identique.

- M... Noëlle : 64 ans

Antécédents : thrombose de la veine centrale de la rétine de l'oeil droit en 1955 (hypertendue)

Glaucome chronique de l'oeil gauche découvert lors d'un examen de la réfraction.

OD < 0,1

OG = 0,9

CV = OD : périphérie normale

OG : périphérie normale mais scotome de BJERRUM inférieur.

FOD = quelques néo-vaisseaux

papilles pâle et excavée.

FOG = papille pâle et excavée

TOD = 22

TOG = 26

- Iridencléisis ODG le I7.I2.I965

- Actuellement :

Très bonne filtration des 2 côtés

OG = 90° - 1 = 0,9

champ visuel identique

TO = normale

même aspect du fond d'oeil

- L... Béatrice : 60 ans

Traitée depuis 2 ans par Gardénal, Daranide, instillations de collyre à la Pilocarpine à 2 %.

OD = (160° - 0,75) - 3,50 = 0,6 f

OG = - 3,50 = 0,1

CV = OD : exclusion de la tache au 2/1 (GOLDMANN)

OG : indentation nasale supérieure sur tous les isoptères.

exclusion de la tache au 3/1.

Au biomicroscope : cataracte nucléaire importante à gauche

FO = excavation papillaire bilatérale légère sans Atropine

Lésion maculaire droite existant probablement à gauche mais de ce côté la cataracte laisse mal explorer le fond de l'oeil.

TODG = 24 (5 heures après Pilocarpine).

- Iridencléisis bilatéral le 14.1.I965

Suites opératoires : décollement choroïdien à gauche.

- Actuellement :

OD = filtration moyenne

OG = bonne filtration

OD = (60° + 0,75) - 4 = 0,6 f

OG = (80° + 0,50) - 4 = 0,1 f

CV = identique

TO = normale

FO = même aspect.

. - L... Lucile : 72 ans

Glaucome chronique traité depuis 1 an par des instillations de collyre à la Pilocarpine à 2 % et Mintacol.

Diabète découvert il y a 5 ans traité par régime (glycémie = 1,30)

OD = - 3,50 = 0,6

OG = - 3,50 = 0,1

CV = OD : rétrécissement nasal

OG : scotome de BJERRUM

Au biomicroscope : iris non atrophique, mais siège d'une fine vascularisation radiaire.

Sclérose cristallinienne.

Gonioscopie : des deux côtés : angle ouvert mais un peu étroit en haut.

feutrage important sans qu'on puisse parler de goniosynéchies.

à la base de l'iris, vascularisation radiaire partant de l'angle.

TOD = 26

TOG = 28

FO = excavation papillaire bilatérale devinée.

- Iridencléisis OG le 22.5.1963

Suites opératoires : petite lunule d'hyphéma qui régresse en 3 jours.

Décollement choroïdien prédominant dans le secteur nasal - régresse en 3 semaines.

Bonne filtration.

- Iridencléisis OD le 8.6.1963

Suites opératoires : la chambre antérieure se reforme le lendemain.

Pas de réaction ciliaire.

Pas de décollement choroïdien.

Bonne filtration.

L'opacité cristallinienne progresse et l'acuité visuelle, en Octobre, n'est plus que de 1/10ème pour chaque oeil.

Par contre : bonne filtration

la tension oculaire est de 15 à droite, 18 à gauche.

On décide d'opérer la cataracte.

- On opère l'oeil gauche le 18.12.1963; l'oeil droit le 27.5.1964.
  Les deux interventions se déroulent sans incident.
  On opère par une kératotomie au couteau passant au-devant de la fistule complétée aux ciseaux de CASTROVIEJO. Extraction totale après ∝ chymotrypsine.
- Actuellement :
  OD = (15° + 3) + 9,50 = 1
  vision de près = (15° + 3) + 13 = PARINAUD 2
  OG = (140° + 1) + 12 = 0,1
  CV = identique
  FO = même aspect des papilles
  A gauche : une dégénérescence maculaire sénile explique l'acuité.
  Filtration : moyenne à droite, très bonne à gauche.
  TOD = 20
  TOG = 10

- L... Madeleine, 40 ans.
  Traitée depuis 2 ans par des instillations de collyre à la Pilocarpine à 2 % et cures de Diamox.
  OD = 0,3 NA.
  OG = 0,1 NA.
  CV = rétrécissement nasal affleurant le point de fixation.
  TODG = 40 malgré les instillations de collyre à la Pilocarpine et le Diamox.
  FO = papilles pâles
  Excavation modérée.
- Iridencléisis bilatéral le 6.7.1964
  Suites opératoires : OD : normales
  OG : réaction irienne assez importante qui régresse en 3 semaines après instillations de collyre à l'atropine et à la cortisone.
- Actuellement :
  OD : 0,3
  OG : 0,2

CV = identique

Très bonne filtration

TODG = 18

FO = aspect identique des papilles.

XXVI. - L... Suzanne : 61 ans

Baisse d'acuité visuelle depuis 5 mois.

OD = + 1,50 = 0,9

OG = + 1,50 = 1

CV = OD : Rétrecissement nasal accentué.
OG : normal

FOD = excavation marquée et atrophique
FOG = normal
TOD = 34
TOG = 24

- Iridencléisis OD le 5.11.1959

Bonnes suites opératoires.

La tension oculaire devient normale.

A gauche, la tension oculaire se maintient pendant 1 an à la normale grâce à 4 instillations quotidiennes de collyre à la Pilocarpine à 2 %. Puis elle s'élève, atteignant 28 certains jours. Deux ans plus tard, apparaît une discrète excavation papillaire.

- Iridencléisis OG le 21.2.1962

Bonnes suites opératoires.

- Actuellement :

OD = (90° - 1) - 2 = 0,4

OG = 15° + 1,50 = 1

Au biomicroscope : une cataracte en évolution à l'oeil droit explique l'acuité.

CV = identique

TO = normale

FO = même aspect.

- P... Marguerite : 63 ans

Glaucome de l'O.G. diagnostiqué depuis 2 mois.

OD = 0,9

OG = 0,4

CV = ODG ; rétrécissement nasal.

TOD = 26

TOG = 28

FO = papilles pâles et excavées.

- Iridencléisis OG le 27.5.1959

- Iridencléisis OD le 13.6.1959

Suites opératoires normales.

- Actuellement :

Bonne filtration bilatérale.

OD = 0,8

OG = 0,2

CV = identique

FO = même aspect

TOD = 21

TOG = 18.

- H... Elise : 59 ans

OD = décollement de rétine opéré il y a 6 ans sans résultat.
Globe atrophique.

OG = hypertonie traitée par des instillations de collyre à la Pilocarpine depuis 2 ans

$(40° - 1,25) - 1,75 = 1$

CV = normal

FO = excavation papillaire débutante.

TOG = 30

- Iridencléisis le 30.6.1959

Suites opératoires normales

Chambre antérieure réformée dès le lendemain.

Bonne filtration.

- Actuellement :

OG = (40° - 1,25) - 2,25) = 0,9

CV = normal.

Au biomicroscope : sclérose cristallinienne.

FO = aspect identique.

TO = 16.

	REFRACTION			ACUITE VISUELLE		CHAMP VISUEL				PAPILLE	TENSION OCULAIRE	
	Myope	Hypermétrope ou Astigmate	Emmétrope	AVANT l'intervention	APRES (1 an ou plus)	Normal	Scotome de Bjerrum	Exclusion de la tache	Rétrecissement Nasal		AVANT l'intervention	APRES (1 an ou plus)
♂ 79 ans OD		+		0,3 f.	0,1 puis 0,6 (après extraction de cataracte)	+				nle.	20 sous pilocarpine	normale
♂ 79 ans OG		+		0,5 f.	0,3 f puis 1(après extraction de cataracte)	+				nle	50 sous pilocarpine	normale
♀ 70 ans OG		+		0,3	0,6	+				légère excavation	45	10
♀ 72 ans OD			+	1	0,9	+				normale	26	21
♀ 72 ans OG			+	1	0,6	+				normale	26	18
♀ 57 ans OG		+		1	1	+				légère excavation	27	normale
♂ 69 ans OD		+		0,6	0,8	+				un peu pâle	22 avec pilo et	normale
♂ 69 ans OG	+			0,8	0,8	+				un peu pâle	22 diamox	normale
♀ 50 ans OD	+			0,1	0,1				+	excavée	21	18
♀ 50 ans OG	+			0,1	0,1				+	excavée	26	18
♂ 55 ans OD		+		0,9	0,9				+	excavée	26	18
♂ 55 ans OG			+	1	1	+				excavée	24	18
♀ 49 ans OD	+			0,1	0,1 puis 0,4 (après extraction cataracte)			+		excavée	30	normale
♀ 49 ans OG	+			0,7	0,3 puis 0,7 (après extraction de cataracte)	+				excavée	30	normale
♂ 63 ans OD		+		0,5	0,1 puis 0,5 (après extraction de cataracte)	+				excavée	35	normale
♂ 68 ans OD		+		0,6	0,5			+		normale	30	normale
♀ 50 ans OD	+			0,5	0,8	+				normale	23	normale
♀ 50 ans OG	+			0,2	0,3			+		normale	29	normale
♀ 60 ans OG	+			0,8	0,8		+			excavée	20 après pilo	normale
♂ 62 ans OG			+	0,5	0,6				+	excavée	44	12
♀ 58 ans OD	+			0,3	0,3	+				excavée	27	normale
♀ 58 ans OG	+			0,3	0,3	+				excavée	30	normale
♂ 65 ans OD			+	0,9	0,9	+				excavée	24	normale

C O N C L U S I O N S

Nos conclusions découleront du tableau précédent.

Ainsi, sur nos 47 cas :

1°) Du point de vue fonctionnel :

28 fois l'acuité visuelle, au moins un an après l'intervention, était la même qu'avant cette intervention. Dans 6 cas, elle a augmenté. 13 fois elle a diminué. Dans ces 13 cas la baisse d'acuité visuelle résultait d'une opacification du cristallin car dans nos 47 observations le champ visuel, du point de vue des déficits glaucomateux un an au moins après l'intervention; était soit identique, soit amélioré.

Remarquons que dans 6 cas, il a été pratiqué secondairement une extraction du cristallin qui a, chaque fois, ramené l'acuité visuelle à un chiffre supérieur à celui précédent l'Iridencléisis.

2°) Du point de vue tensionnel :

La tension oculaire a été normalisée dans nos 47 cas.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur BREGEAT

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur G. BROUET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

AGARWAL L.P.
Extraction de la cataracte après iridencleisis (Cataract extraction after postplaced valvular iridencleisis)
Ophtalmologica (Basel) I958, 135/2 9I-94

AGARWAL L.P.
Iridencleisis (Post-placed iridencleisis (Valvular)
Ophthalmologica, Basel, I958 135/1. 51-57

AKAGI G.
Iridencleisis (en japonais)
Journ. Clin. Ophthal. (Tokyo) I955. 9. 258-264

ANASTASSOPOULOS N.
Combinaison de l'iridencleisis périphérique avec sclérotomie inverse
Soc. Hellen. Ophthal. 20 février I955

C.R. : Bull. Soc. Hellen. Ophthal. 1955 - 23 (résuné en français p. 8) 85-90
Ophtaln. Lit. I955 3/5.759
Arch. Ophthal. Paris I957, 17/2 191

ASARI M.
Résultats de l'iridencléisis dans notre clinique - en japonais -
Folia Ophthal. Jap. I959. 10/6 426-431

ASSEMAN R., BEAL F., LEDIAGON M.
Décollement choroïdien après iridencléisis.
Soc. Ophthal. Nord de la France, I0 mars I963 - Bull. Soc. Ophthal. Fr. 63, 7, 8, 448-450, I963

ASTNER M.
Trépanation iridencléisis - Die Trepanationsiridenkleisis.
Klin. Mbl. Augenheilk, I38, 1, 199-210, I96I

BARTHELMESS G.
Iridencleisis basale. Die basale Iridenkleisis.
Verein bayer Augenärtze, Erlangen, 29 - 30 juni I963) Klin. Mble Augenheilk 144, 4, 615-I964.

BENGISU N. et ILDAY N.
Glaucome aigu et iridencleisis - (en turc)
Oto Nöro oftal. I955 10/3 4-51-54

Analyses : Ophthal. Lit. I956 9/4 506
Arch. Ophthal. Paris I957, 17/2 I92

BERENS C.
Résultats post-opératoires de l'iridencleisis et de l'iridocornéosclérectomie
Colloq. Maghrebin Ophthal. & Soc. Tunis, Ophthal Tunis, 3-6 Mai I959

BIGA S.
Les résultats post-opératoires des iridencleisis et des méthodes électro-diathermiques antiglaucomateuses au cours des trois dernières années à la Clinique Universitaire Ophthalmologique de Belgrade
Congrès Int. Ophthal. Bruxelles 8-I2 septembre I958, Acta Conc. Ophthal. I958, 11. 1460.

BIETTI B.
Technique personnelle de sclérectomie associée à iridencleisis (sclérectoiriden-cleisis latérale) que l'on peut employer dans le glaucome à angle fermé.
Tecnica personale di sclerectomia associata ad iridencleisis (sclerectoiriden-cleisis lateralizzata) da utilissarsi nel glaucoma and angolo chiuso (
Cong. Int. Coll. Chir. Roma I5-18 maggion I960) Boll. Oculist. 42, 8, 518 I963

BOASE A.J.
Iridencleisis dans le glaucome congestif (Iridencleisis in congestive glaucoma)
Brit. J. Ophthal. I955, 39/2 126

BOBERG-ANS J.
Chirurgie du glaucome. L'iridencleisis de Stallard. Operation for glaucoma -
The Stallard Iridencleisis - Film -
Sonore, couleur 20' -
C.R. : Cong. Europ. Ophthal. Soc. Athènes April I8-22 - I960

BOBERG-ANS J.
Symposium : Glaucome - opération de Stallard : iridencleisis
Symposium : Glaucoma - The Stallard iridencleisis operation.
Int. Course Ophthal. Barraquer - Barcelona - September I958
C.R. : Int. Course Opthal. I958, 1-25-31

BOLES-CARENINI B., RIVARA A.
Observations tonométriques tonographiques et campinétriques faites à distance de temps sur 7I cas de glaucome à angle, opérés avec interventions fistulisan-tes (trépanation sclérale et iridencléisis.
Osservazioni tonométriche, tonografiche e campinetriche eseguite a distanza di tempo su 7I vasi di glaucoma ad angolo aperto, operati con intervento fistolis-zante (trepanazione sclerale ed iridencleisis).
Boll. Oculist. 42, 9, 551-568 I963.

BOUDET Ch. PHILIPPOT M.,
Iridencleisis et extraction simultanée du cristallin dans le traitement du glaucome par cataracte supra-mure.
Soc. Ophthal. Bordeaux, Midi et Ouest de la France, Clermont-Ferrand - I7 Juin I962 - Bull. Soc. Ophthal. Franc. I, II5-II7, I963

BUSSACA A.
Observation ginioscopiques après iridencleisis
Ginioscopie observations after iridencleisis
Amer. J. Ophthal. I960, 50/3, 439-441

CARAMAZZA F., SCASSELLATI SFORZOLINI G.
Le traitement du glaucome primaire chez les adultes.
La terapia del glaucoma primario degli adulti
Soc. Oftal. Ital. Palermo 23,26 Ottobre I963. Atti Soc. Oftal. Ital. 21, 56-152 I963

CARAMAZZA F. et SCASSELLATI SFROZOLINI
Technique et résultats de la sclérecto-iridencleisis selon Caramazza (projection d'un film).
Soc. Ophthal. Ital. Bologna 3 Mai I955
C.R. : Atti Soc. Oftal. Ital. I955, 75 139-148
Zbl. Ophthal. I957, 72/1 - 31
D.L. I956 10/6 760

CASSADY J.R.
Résultats obtenus dans l'iridencleisis chez des nègres et les blancs.
Results of iridencleisis in negro and white races
Arch. Ophthal. (Chicago) I959 62/2. 239-241

CATALINO P.U., BUCCI M.G.
Incidence de l'atalanie après interventions fistulisantes : scléro-iridencleisis scléroiridectomie.
Inicdenza dell'atalania dopo interventi fistolizzanti : sclerectoitidencleisis sclerectoiridectomia. Boll. Oculist. 43, 12, 849-864, I964

CHASSAING J. et CELLIER C.
L'iridencleisis dans le glaucome après extraction totale de la cataracte avec ponction sclérale.
Soc. Ophthal. du Midi de la France I3 Mars I955
C.R. : Bull. Soc. Ophthal. France I955. 8. 5I7-520
Ohphthal. Lir. I955. 9/4 506

CHILARIS G.
L'iridencleisis périphérique selon Stallard
Soc. Hell. Ophthal. 23 janvier I958 - Ann. Oculist. I960, 193/6. 530

COLOMBO G.
Iridencleisis et glaucome primaire
Iridoencleisis e glaucoma primario)
Soc. Oftal. Ital. Milan 6-9 Octobre I957.
C.R. : Atti Boc. Ital. Oftal. I957, I7, 510-513

COWAN C.L.
Opération d'iridencléisis chez des sujets de couleur.
The iridencleisis operation in non-whites.
J. Nat. Med. Ass. N.Y. 55, 136-141, 1963.

DORR
Indication et succès dans l'iridencléisis à la clinique oculaire de la ville de Karl-Marx - Uber indikation und Erfolge der Iridenkleisis an der Augenklinik Karl-Marx-Stadt.
Soc. Med. Scient. Ophtal. de l'Univ. Halle Soc. Ophthal. et Jena 1957
C.R. : Klin. Mbl. Augenhk. 1958, 132. 4. 58 1.

ELLIOT R.F.
Inclusion de l'iris dans la chirurgie du glaucome.
The iris inclusion operation in glaucoma.
Trans Ophthal. Soc. New Zélande 1955 8.43-51

ELLIOT R.E.
Opération de l'inclusion de l'iris dans le glaucome.
The iris inclusion operation in glaucoma.
Trans. Ophthal. Soc. New Zélande 1956 8-43-51
Analyses : Zbl Ophthal 1957 70/2. 178
O.L. 1957 10/3. 527

FERRARIS DE GASPARE P.F., PENNA CAREPPI M.
Résultats de la sclérecto-iridencleisis selon Bietti chez les glaucomateux avec trachome cicatriciel. Resultati della sclerectoiridocleisis lateralizzata secondo Bietti nei glaucomatosi con tracoma cicatriziale.
Boll. Oculist. 41; 8-467-477, 1962

FERRARIS DE GASPARE P., MONTALDI M.
Résultats éloignés de la scléro-iridencléisis associée à la cyclodialyse chez les trachomateux avec glaucome primitif.
Rev. Int. Trachome 1962 39/1. 29-37

FERRARIS DE GASPARE P.F., MONTALDI M.
Résultats tardifs de la sclérectoiridencléisis associée à la cyclodialyse chez les trachomateux avec glaucome primaire - Risultati tardivi della sclerecto-iridencleisis associata a ciclodialisi nei tracomatosi con glaucoma primario.
Boll. Sanit. Tripoli. 1961, 35-40.

FERREIRA L.E.
Quelques détails sur la technique de l'iridencléisis (Minucias de tecnica na iridencleisis)
Journ. Bras. Oftal. Santos 1957
C.R. Rev. Brasil Oftal. 1958, 17/1. 137-142

FIORINI et SCASSELLATI
Résultats ginioscopiques dans la sclérecto-iridencléisis selon Garamazza -
Soc. Ophthal. Ital. Bologna 3 Mai 1955.

FIORINI G.
Vitesse d'écoulement de l'humeur aqueuse après intervention de sclérecto-iridencléisis au moyen du test de la compression bulbaire - Velocita di deflusso dell'acqueo dopo interventi di sclerecto-iridencleisis mediante test della compressione bulbare.
Gior. Ital. Oftal. I955 11/6. 521-527

FLIERINGA H.J.
Iridencleisis interne - Internal iridencleisis
Nether. Ophthal. Soc. Rotterdam I955, 7 et 8 mai.
C.R. : Ophthalmologica, Basel I956. 132/3. 190-194 et Nen. T. Genesk. I956 (Nov I7) I00. 3 404 - 3 405
Ann. Oculist. I957 190/6 461
Ophthal. Lit. I956 10/3 376

GORYACHEV Yu E.
Observations gonioscopiques de l'iridencleisis.
Gonioscopic observations in iridencleisis. En russe.
Vestn. Oftl. 73, 8, 57-58 I965

GUINGUENE A.
Quel glaucome opérer ?
Revue de la Littérature dur les indications chirurgicales dans les glaucomes primitifs. Thèse Nantes I964

GUNTHER G.
Réopération de l'iridencléisis. - Ueber die Re-Operation der iridenkleisis (Wiss. Gess. Augenheilk. Univ. Rostock, Greifswald u. Med. Akad. Magdebourg, Rostock 9-12 April I963). Klin. Mbl. Augenheilk I46, 1, 134 I965

GUTIERREZ M.A., AVILA H.
Réfection immédiate de la chambre antérieure dans l'opération d'iridencléisis - Reconstruccion immediata de la camara anterior en la operacion de iridencleisis.
An. Soc. Mex. Oftal. I958, 31/2 59-67

HAISTEN M.W., GUYTON J.S.
(Iridencleisis) - Iridencleisis - Technique and results in ninety-five consecutive operations.
Wilmer Res. Ass. March 28.I958
C.R. : Arch. Ophthal. (Chicago) I959 61/5 727-737

HARRIS D.
Ophthalmie sympathique après iridencleisis.
Sympathatic ophthalmia following iridencleisis -
Amer J. Ophthal. I96I, 15/3. 1. 829 - 831

HAYE C.
Complications post-opératoires et résultats de 319 interventions d'iridencloisis
Soc. Ophthal. Paris I8 Juin I955
C.R. : Bull. Soc. Ophthal. Fr. I955 9. 615-623
Ophthal. Lit. I955 9.4. 500.

HOLLWICH F.
Indication et technique du traitement opératoire du glaucome - Indikation und technik der operativen glaukombehandlung ((Wiss. Ges. Augenheilk Univ. Rostock Greifswald u. Med. Akad. Magdeburg. Rostock 9-12 April 1963). Klin. Mbl. Augenheilk. 146, 1, 135 1965.

KAPUSCINCKI W.J.
Combinaison de l'opération d'Elliott avec l'iridencleisis - Modification par l'auteur des opérations fistulisantes (en polonais)
Soc. Ophthal. Polon. 4-6 Oct. 1956
C.R. Ref. Sjard. Okul. Polskich 1957, II 479-484

KAPUSCINSKI W.J.
Combinaison de l'opération d'Elliott avec l'iridencleisis (en polonais)
Referat. XXVè Zjazdu Okulist Pols 1957, 2, 479-484
Analyses : Ophthal. Lit. 1957, 11/3 394

KAPUSCINSKI
Une méthode personnelle d'iridencléisis dans le glaucome chronique (film).
Soc. Franc. Ophthal. Paris 10-14 Mai 1959

KAPUSCINSKI W., PACZYNSKA J.
Résultats de l'opération d'Elliot combinée avec l'iridencleisis, selon la modification apportée par Kapuscinski, en polonais -
Klin. Oczna 1960 30/3/ 241-247

KAPUSCINSKI W.J., PACYNSKA J.
Six années de pratique clinique de la méthode de Kapuscinski association de trépanation et d'iridencleisis.
Sechs Jahre Beobachtungen über eigene Trepanations-Iridencleisis-Methode.
Klin. Mbl. Augenheilk. 143, 5, 625-632, 1963

KLECHER W.
Résultats cliniques obtenus avec l'iridencleisis
Uber klinische Erfahrungen mit der iridenkleisis
Klin. Mble Augenheilk 1957, 130/6. 753-763.
Analyses : Exc. Med. Ophthal. 1958 12.2. 72

KLUYSKENS J.
Glaucome congénital tardif - iridencleisis suivie de décollement de la rétine.
Soc. Ophthal. Belge 27 novembre 1955
C.R. : Bull. Soc. Bel. Ophthal. 1955, 111, 328-337
Ann. Oculist. 1956 189/3. 342
Ophthal. Lit. 1955 9/6 690

KOJIMA K.
Etude clinique de l'iridencleisis - Clinical studies on iridencleisis.
En japonais.
J. Clin. Ophthal. Tokyo, 17, 5, 635-639, 1963

KRYLOVA L.M.
Iridencleisis dans le glaucome - en russe.
Vestn. Oftal. I96I , 6.24-27.

KUCHLE H.
A propos de l'absence de la chambre antérieure après les opérations fistulisantes pour glaucome.
Zur aufgehobenen Vorderkammer nach fistelbildenden Glaukomoperationen.
Klin. Mbl. Augenheilk. I46, 4, 554-558 I965

KUTSCHERA E.
Iridencleisis : modifications et résultats.
Iridencleisis : modifikationen und Ergebnisse.
Klin. Mbl. Augenheilk I47, 3, 437, I965.

LAW FRANK W.
Iridencleisis dans la buphtalmie.
Iridencleisis in buphthalmia.
Amer. Med. Ass. Sect. Ophthal. New-York 3 Juin I957.
C.R. : Arch. Ophthal. Chicago I957, 58/3 357-362

LEGRAND J., HERVOUET F. et LENOIR A.
Etude anatomopathologique de la cicatrice de filtration dans l'iridencleisis
Soc. Fr. Ophthal. Paris 12-16 Mai I957

LEYDHECKER
Film sur l'iridencleisis et Elliot, fil uber die Iridoenkleisis und Elliot.
Verein Rhein-Westf. Augenärzte, Bonn, IO. 11 Oktober I959
C.R. Klin. Mbl. Augenheilk I960 136/5 710

LHEYDECKER W.
Choix de la méthode chirurgicale dans le glaucome primaire chez l'adulte.
Die operationswahl bei primarem glaukom Ef wachsaner Klin. Mbl. Augenheilk.
I959, 135/6. 802-8II

LITVAK P.P.
Modification de l'opération d'iridencleisis et ses résultats. En russe.
Oftal. Z. I958 2. 106-108

LUGOSSY G.
Iridencleisis modifié - en hongrois -
Szemeszet I958, 95/3. 112-127

LOGOSSY G.
L'iridencleisis modifié - Modified iridencleisis -
Amer. Journ. Ophthal. I960, 46/6 I368-I380

Mac LEAN A.L.
Cautérisation de la lèvre lumbique dans le glaucome. Limbal lip cautery for glaucoma.
Arch. Ophthal. Chicago 71, 5, 653-661, I964

HARDRUS R.
Etude critique des causes d'échec dans l'iridencleisis.
Thèse Marseille I963

HASSIN M., HUDELO J.
Considérations sur les hypotonies post-iridencleisis
Soc. Ophthal Paris, I7 novembre I963 - Bull. Soc. Ophthal. Fr. 63,11,741-745
I963.

HATSUMOTO T.K.
Mécanisme de l'abaissement de la tension par l'iridencleisis - the tension lowering mechanism of iridencleisis.
Acta Soc Ophtahl. Japan I955, 59, 1230-1234
Analyses : Amer. Journ. Ophthal. I956, 41/1. 175
Ophthal. Lit. I955 9/9 357

HAWAS Ed.
Note de chirurgie pratique. Technique de l'opération d'Elliot combinée à un cleisis.
Clin. Ophthal. I962, 2, 53-58

HEESMANN A.
Trépanation et iridencleisis.
Soc. Ophthal. All Heidelberg I956 Trépanations iridencleisis.
C.R. : Ber. Dtsch. Ophthal. Ges. I956, 60 - 307-308

HEESMAN A.
Trépanation - iridencleisis - Résultats obtenus jusqu'à présent.
Die Trepanationsiridenkleisis - Bericht uber die bisherigen Ergebnisse
Klin. Mbl. Augenheilk I960, 136/6/774-790

HENNA F.
Vitesse de l'écoulement de l'humeur aqueuse dans diverses interventions antiglaucomateuses - Iridetomie de Graefe - Sclérectomie de Lagrange. Sclérectoiridencleisis - Trépanation d'Elliot -
Arch. Ottal. I959 63/1.2. 39-43

HIRATYNSKA RUSINOVA E.
Résultats du traitement chirurgical du glaucome par iridencleisis
Results of operative treatment of glaucone by iridencleisis
Klin. ecxna I959 29/3 273-279

HAGGIORE L.
L'iridencleisis dans le traitement chirurgical du glaucome chronique.
Ann. Oculist. I956 189/1. 152-162
Analyses : Ophthal. Lit. I956 10/1. 57

HULBERGER R.D. et Mac DONALD P.R.
L'iridencleisis de Stallard - The Stallard iridencleisis operation
Arch Ophthal. Chicago I956, 55/5. 676-680
Analyses : Arch Ophthal Paris I957 17/5 514
Ophthal Lit. I956 10/2 224.

NIRANKARI M.S., MALHOTRA G.C.
Evaluation des techniques modifiée d'iridencleisis
Evaluation of modified techniques of iridencleisis.
Brit. J. Ophthal. 49, 12, 646-659, I965

NISBET A.A.
Fistule d'iridencleisis - The iridencleisis bleb.
Amer. J. Ophthal. I954 44/5 (Part 1) 683-685

OFFRET G., LOMBARD G. et COLINOT P.
L'iridencleisis est-il capable d'améliorer quelques glaucomes absolus ?
Soc. Ophthal. Paris I9 janv. I957
C.R. : Bull. Soc. Ophthal. Fr. I957. 2. 90-92

O'REILLY G.
Iridencleisis avec pupille ronde - Iridencleisis con pupila redonda.
IIIè Jor. Oftal I6 nov I956
C.R. : Arch. Oftal. I956, 13/37. 144
Ophtal. Lit. I956 10/5 626

PACURARIU I., PACURARIU L., ORANGEA I.
Contribution au traitement du glaucoma par l'iridencleisis. En roumain.
Oftalmologia Buc. 4, 351-358 I962

PAIVA
Cinq ans de pratique dans l'iridencleisis - Cinco anos de pratica da iridencleisis - Revue Brasil Oftal I955 14/1. 3-14
Arch. Brasil Oftal I956; 19 101-113
Analyses : Ophthal. Lit. I954 9/2. 358
Arch. Ophthal. I957, 17/4 415

PAUFIQUE L., LEGRAND J., HERVOUET A.
A propos des interventions fistulisantes chez les sujets de race noire.
Soc. Ophthal. Ouest de la France Nantes Déce. I957 - Bull. Soc. Ophthal. France I958, 1. 46-48

PAYER F.
La diathermo-iridectencleisis. En roumain.
Oftal. Buc. 4, 367-369, I962

PILLAT A. et NEMETZ U.R.
Iridencleisis dans le glaucome aigu - Iridenkleisis beim akuten Glaukom.
Soc. Ophthal. de Wien Mars I958
Analyses : Klin. Mbl. Augenhk. I958, 133/3 424.

PLANTEN J.T.H.
Iridencleisis - On iridencleisis -
Ophthal Basel, 148, 3, 213-215, I964

POSNER A.
Technique de l'iridencleisis périphérique - Technique of peripheral iridencleisis
Eye,Ear, Nose Thr. Monthly I955, 34/1 55-56.

RADIAN A.B., RADIAN A.L.
Valeur de la manoeuvre de Minsky dans l'iridencleisis - The value of Minsky's manoeuvre in iridencleisis. En roumain -
Oftal. Buc. 9, 2, 237-244, I965

RAHEJA D.R.
Traitement chirurgical du glaucome congestif aigu.
Surgical treatment of acute congestive glaucoma.
Brit. J. Ophthal 47, 5, 300-303, I963

RAMPIN S.
Le traitement chirurgical du glaucome primitif à angle fermé - indications et résultats -
Thèse Lyon I964

RAVVALI T.
Contrôle à distance de I00 opérés d'iridencléisis.
Soc. Ophthal. Ital. Bologna 3 Mai I955
C.R. : Atti. Soc. Oftal. Ital. I955, I5, 376

REUSCH
Iridencleisis basale - Basale iridenkleisis.
Tagung d. Augenartze Nordwestdutschlands Braunschweig 8, 9 Mai I959
C.R. : Klin Mbl. Augenheilk. I959, 135.4 594

RIEHM E.
Extraction de la cataracte après filtration fistulisante pour glaucome.
Starextraktion nach fistulierender Glaukomoperation Klin. Mbl. Augenheilk. 146, 5, 7I5-7I7, I965

RICHARDSON O.
Quelles sont les causes des échecs des opérations filtrantes ?
Why do filtering operations fail ? Canadian
Canadian Ophthal. Soc. Québec 7-9 Juin I956
C.R. Trans. Canadian Ophthal. Soc. I956, 92-96

RIVARA A., BOLES CARENINI B.
Observations tonométriques, tonographiques et campimétriques effectuées à des périodes de temps progressives sur 7I cas de glaucome chronique à angle ouvert opérés par intervention fistulisante; trépanation sclérale et iridencléisis.
Osservazioni tonometriche, tonografiche e campimetriche eseguite a distanze di tempo progressive su 7I casi di glaucoma cronico ad angolo aperto operati con intervento fistolizzante; trapanazione sclerale ed iridencleisis Soc. Oftal. Ital. 21, 304-308, I963

RUD E.
Oedème de la papille ex vacuo après iridencleisis
Papilloema ex vacuo after iridencleisis -
Acta Ophthal. (Kbh). I96I 39/2 312-316

SANDER M.
Iridencleisis dans le glaucome (en turc)
Dirin Atlik Tip. Gaz. I956, 31 181-186
Analyses ;Ophthal Lit. I956 10/3 376

SCASSELLATI SFORZOLINI G. et FIORINI G.
Résultats gonioscopiques dans la scléroiridencleisis selon Caramazza.
Reperti ginioscopici nella sclerectoiridencleisis secondo Caramazza.
Soc. Oftal. Ital. Bologne 3-5 Mai I955
C.R. : Atti Soc. Oftal Ital. I955 15.408-424

SEDAN J., JAYLE G.E., OURGAUD A.G. et ARNOUX M.
Résultats éloignés de 374 interventions anti-glaucomateuses fistulisantes observées plus de 4 ans après leur réalisation.
Ann. Oculist. I955 188/11. 1039-1041
Analyses Exc Med. Ophthal. I957, 11/3 121

SCHICHE
Etude histologique après iridencleisis - Histologischer befund nach iridenkleisis -
Berliner Augenärtze 6 juni I959 -
C.R. Klin. Mbl. Augenheilk I959 135/6 865

SCHRADER K.E.
Au sujet de l'infection tardive après iridencleisis
Zur Frage der Spatinfeltion nach iridencleisis -
Ophthalmologica (Basel) I960 139/2 1346139

SEDAN J.
Résultats éloignés de fistulisations anti-glaucomateuses effectuées de I930 à I960 chez des sujets de race noire.
Ann Aculist. Paris I97, 6, 565-573 I964

SEDAN J.
De la "paraison" de l'iris avant certaines iridenckeisis.
Soc. Ophthal. Paris, I5 décembre I962 - Bull. Soc. Ophtal Fr. I962, 12 615-617

SEDAN J., FARNARIER G., HERVOUET F.
Les échecs de l'iridencleisis.
Ent Ann. Ophthal. Paris 9-II Mai I963 - Année thér. Clin. Ophthal I4 291-302 I963

SENA J.A.
Considérations sur la technique de l'iridencleisis
Consideraciones sobre la tecnica de la iridencleisis -
Soc. Argent Oftal I8 de marzo de I959

SIMON J.M.
Sur le traitement du glaucome avec cataracte - Sobre el tratamiento del glaucoma con catarata. (Soc. Oftal. Hisp.-Amer. Palma de Mallorca Sept. de I964).
Arch Soc. Oftal. Hisp-Amer. 25, 4, 348-354 I965.

SIEM G.
Iridencleisis dans le glaucome (en turc)
Goz. Klin. (Istanbul) I956, 14 37-41
Analyses : Ophthal Lit. I956 10/1.97
D.L. I957 11/2 139

SOURDILLE G.P.
in memoriam, présenté par F. HERVOUET - Technique chirurgicale de l'iridencleisis et explication mécanique par l'anatomie pathologique, des réussites et des echecs
Film présenté à la Société Française d'Ophthalmologie, Paris I4 Mai I957.

SOUSA & FARO
Considérations sur l'iridencleisis - Consideraçoes sobre a iridenclesis
Gazeta Med. Portug. I958, 11, 736-738

STAGNI S.
Variations de la perméabilité de la barrière hémato-oculaire après iridencléisis Recherches avec l'épreuve de la fluoresceine - Variazioni della permeabilita della barriera emato-oftalmica copo iridoencleisis.
Bollet Oculist I955 34.5. 307-314
Analyses : Zbl. Ophthal. I956
Arch. Ophthal. Paris I956, 16/2 335
Ophthal. Lit. I954 9/2. 242

STAGNI S.
Rapport entre la vitesse de l'écoulement de l'humeur aqueuse et la morphologie des voussures de filtration après iridencleisis - Sul rapporto tra la velocita di scarico dell'umor acqueo e la morfologia delle bozze di filtrazione dopo intervento di iridoencleisis Soc.
Soc. Oftal. Ital. Milan 6-9 Octobre I957

STALLARD
Sclérotomie antérieure avec lambeau et iridencleisis basal -
Anterior flap sclerotomu with basal iridencleisis
Irish Ophthal. Soc. and Brit. Neurol. Surgeons May I957

STALLARD H.B.
I°) Sclérotomie et iridencleisis basal. II°) Reesection et avancement du releveur supérieur de la paupière. Film -
Coloq. Maghrebin Ophthal et Soc. Tunos Ophthal Tunis, 3-6 Mai I959

STANZOVIC M. et STANZOVIC I.
Notre modification de l'iridencleisis dans le traitement du glaucone primaire.
Concours Médecal I957, n° 8 90I-902.

STOENTCHEFF
Iridencleisis -en serbe -
Khirurgija Sofia I955 8/I0 89I-897
Analyses : Exc. Med. Ophthal I956 10/12 451.

STRAMPELLI B.
Iridencleisis ab interno - Iridoencleisi ab interno. (Circolo romano oftal. IO dec. I96I) Ann. OFtal. 90, 6, 293-302 I964

STRIEBING
Résultats obtenus dans l'iridencleisis à la clinique ophtalmologique de Leipzig.
Erfahrungen mit der Iridenkleisis and der Universitätsaugenklinik Leipzig.
Soc. Scient. Ophthal. de l'Univ. Halle. Soc. Ophthal. Leipzig et Jena I957
C.R. Klin. Mbl. Augenhk I958 132/4 580

SYED R.A.
Sclérectomie partielle avec iridencleisis. Une nouvelle technique opératoire dans le glaucome chronique - congestif et non-congestif -
Medicus I956 (Nov) 13.51-54
Analyses : Ophthal. Lit. I957 10/3 376

TAHER Z.
Iridencleisis, une technique modifiée. - Iridencleisis a modified technic -
Afro Asian Cong Ophthal Cairo March 1_5 I958
C.R. : Acta afro-Asian Cong. Ophthal I958 245-252

THIEL H.L.
Résultats obtenus dans l'iridencleisis
Uber Erfahrungen mit der iridenkleisis - Vereinigung bayer Augenarzte München, 11-12 Juni I960
C.R. Klin. Mbl. Augenheilk I96I, 148/4. 583

TJANIDES TH.
Présentation de malades opérés d'iridencleisis d'après R. et L. WEEKERS.
Soc. Ophthal. de la Grèce du Nord 31 Mars I956
C.R. : Ann. Oculist. I957 190/1 876

TJANIDIS T., KONSTAS K.
Glaucome infantile à lésions congénitales de l'iris, guéri par iridencleisis.
en Grec - Soc. Ophthal. Grèce Nord I9 Mars I960
C.R. : Arch. Soc. Ophthal. Grèce Nord I960, 9. I8-I9
Asn. Oculist (Paris) I96I I94/6 562

TJANDIS T., KONSTAS P.
Resultats cliniques dans l'iridencleisis selon la méthode de L. et R. WEEKERS
Klinische Erfahrungen mit der Urudenkleisis nach den Verfahren von L. u R. WEEKERS.
Ophthal. (Basel) I962 144/2 8I-92

TOPALIS Chr. ROUSSOS J.
Quelques considérations sur l'iridencleisis
Arch. Ophthal. I959, 19/4 397-401

TOSTI E.
Considérations sur un cas d'ophthalmie sympathique à la suite d'iridencleisis
Soc. Ophthal. Ital. Bologna 3 Mai I955
C.R. Atti Soc. Oftal Ital I955 446-453

TOWNES C.D., PFINGST H.A.
Iridoncleisis - Iridoncleisis -
J. Kentucky Med. Ass. 1959, 430-432

USTINOVA E.I.
Examen gonioscopique dans l'iridencleisis, l'iridectomie et la cyclodialyse antiglaucomateuse - en russe -
Vestn. Oftal. 1962 4. 22.31

VAKURIN E.A.
Glaucome "capsulaire" et résultats de l'iridencleisis pratiquée en relation avec cette condition - "Capsular glaucoma" and results of iridencleisis realized in connection with this condition. En russe.
Vestn. Oftal 78, 2, 52-56, 1965

VALU L.
Iridencleisis - trépanation-opération d'Elliot. Holth II. Trépanation iridencleisis - Opération Elliot Holth II - Preliminary Report - En Hongrois.
Szmeszet 102, 2, 81-83, 1965

VANNINI A.
Observations sur les coupes histologiques du globe humain opéré d'iridencléisis depuis 10 jours - Osservazioni su seziene istologiche di un bulbo umano operato diiridencleisi da dieci giorni.
Rass. Ital. Ottal. 1955, 24.9 10-363-370
Analyses : Zbl. Ophthal 1956 68/4. 226
Ophthal. Lit. 1955 9/5. 620
Arch. Ophthal. 1957, 17/4 415

VANNINI A.
La gonioscopie chez les opérés d'iridencleisis. - La gonioscopia negli operati di iridencleisi -
Ras. Ital. Ottal. 1955 24/11-12 (410-415)
Analyses : Ophthal Lit. 1955. 9/6 759

VERZELLA M.
Extraction de la cataracte avec iridencleisis simultanée - Estrazione di cataratta con contemporanea irido encleisis -
Soc. Oftal. Ital. Cagliari 17-20 Ottobre 1960
C.R. Atti Soc. Oftal. Ital. 1960 19, 318-321

VERZELLA M.
Quelques variantes de l'iridencleisis selon Lugossy. Technique. Résultats Indications - Alcune varianti iridoencleisis secondo Lugossy. Tecnica. Risultati. Indicazioni
Soc. Oftal. Ital. Torino 12-15 Aprile 1962. Atti Soc. Oftal. Ital. 20, 527-540 1962.

VERZELLA M.
Contribution ultérieure à l'iridencleisis à un pilieu, associé ou non à une sclérectomie et premiers résultats d'un traitement prophylactique chirurgical du glaucome dit "malin".

Ulteriore contribution alla irido-encleisis ad un pilastro o no a sclerectomia e primi risultati di una terapia profilattica chirurgica del glaucoma cosi detto "maligno" (Soc. Oftal. Ital. Palermo 23-26 Ottobre I963).
Atti Soc. Oftal. Ital. 21, 315-322 I963

VERZELLA M.
Opération conbinée cataracte et iridencleisis.
Ann. Ocul. Paris I96, 7, 688-708 I963

VERZELLA M.
Symposium sur le diagnostic et le traitement des glaucomes : extraction enzymatique de la cataracte et iridencleisis simultanée. Différentes techniques. Résultats. Symposim sobre diagnostico y tratamiento de los glaucomas : estrazione enzimatica della cataratta e simultanea iridencleisis. Differenti techniche. Risultati. Film. Curso Oftal. Cap sa Sal 3-6 de Mayo de I965.

VICENCIO A.B.
Scléro-cleisis modifié pour glaucome (Modified sclerocleisis for glaucoma)
Amer. J; Ophthal. I957, 43, 408-412
Analyses : Ophthal Lit. I957, 11/1 104

VILMAR K.F.
Sur l'action décompressive de l'iridencleisis - Zur druckregulierenden Wirkung der Iridenkleisis.
Ophthalmologica Basel I956, 132/1 48-56
Analyses : Ophthal Lit. I956 10/2 224

WAGNER A.
Comparaison entre l'iridencleisis selon HOLTH et la trépanation d'Elliot.
Ein Vergleich zwischen der Iridenkleisis nach HOLTH und der trepanation nacl Elliot.
Klin. Mbl. Augenheilk I955 127/5 528-5 535
Analyses : Arch Ophthal. Paris I957, 17/2 I9I

WEEKERS R.
L'incision sclérale de l'iridencleisis.
Ann. Oculist. I955 188/2 163-172
Analyses : Zbl. Ophthal I955 65/4 247
Ophthal. Lit. I955 9/1 110

WEEKERS R., WATILLON M. et DELMARCELLE Y.
Les indications respectives de l'iridectomie et de l'iridencleisis dans le glaucone à angle fermé.
Soc. Régionales Ophthal I2 nov. I955
C.R. : Bull. Soc. Ophthal. Fr. I956, 1, 169-175
Ophthal. Lit. I956, 10/2 222

WEEKERS L., OYKUT Z.
Iridencleisis scléral - en turc -
Goz Klin (Istambul) I959 5/9 132-136

WEEKERS R., GRIETEN J., WATILLON M., PRIJOT E.
Indications respectives de l'iridectomie et de l'enclavement de l'iris dans le traitement chirurgical du glaucome à angle fermé.
(Soc. Belg. Ophthal. Bruxelles, 30 Juin I963,)
Bull. Soc. Belg. Ophthal I34, 341-350, I963

WEEKERS R., PRIJOT E., WATILLON M., GRIETEN J.
Considérations sur le traitement chirurgical du glaucome à angle fermé.
Arch. Ophthal. Paris 23, 4 345-362, I963

WORST J.G.F.
La pathophysiologie de l'iridencléisis (Soc. Franc. Ophthal. Paris 8 Mai I963)
Bull. Mem. Soc. Franc. Ophthal. 76, 562-571 I963

YASUNA E.
Extraction de la cataracte après iridencléisis. Cataract extraction following iridencleisis. Amer. J; Ophthal. 57, 2 258,26I, I964

ZANK R.
Résultats à long terme de l'iridencleisis. Spätergebnisse der Iridenkleisis. Wiss. Ges. Augenheilk. Univ. Rostock Greifswald u. Med. Akad. Magdeburg, Rostock 9-I2 April I963) . Klin. Mbl. Augenheilk. I46, 1,134-135, I965

ZIMMERMANN
Résultats obtenus da,s l'iridencléisis à la clinique ophthalmologique de l'université de Halle - Erfahrungen mit der Iridenkleisis vei den Glaukompatienten der Universitäts-Augenklinik Halle -
Soc. Med. Scient. Ophthal. de l'Univ. Halle, Soc. Ophthal Leipzig et Jena I957
C.R. : Deutsches Gesundheitswesen.

ZIMMERMAN I.S.
Résultat obtenu par l'iridencléisis (Erfauhrungen mit der Iridenkleisis)
Zeitsch. Aerztl. Fortbild. I959, 53, 71-73.

ZOLDAN T.
Résultats de la sclérodermie ab-externo associée à iridencleisis basale, selon Bietti, dans le glaucome chronique.
Risultati della sclerectomia ab-externo associata ad iridencleisis basase, secundo Bietti, nel glaucoma cronico.
Cong. Int. Biennnale Chir. "int. Coll. Surg." Roma, maggio I960
C.R. : Ann. Ottal. I960, 86/8. 370-380

ZOLDAN T.
Résultats de la sclérectomie ab externo associée à l'iridencleisis basale dans le glaucome chronique - Risultati della sclerectomia ab externo associata ed iridencleisis basale nel glaucoma cronico (Cong. int. Coll. Chir. Roma, 15-18 maggio I960)
Boll. Oculist. 42, 8, 519- I963.

agemp
EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535:18—93
535:18—62